



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



Прегравидарная подготовка к беременности

Прегравидарная подготовка

(от лат. *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий)

- комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка;
- обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.) и
- проведение мероприятий по уменьшению или устраниению их воздействия.

Зарубежный аналог — «преконцепционная подготовка»
«преконцепция»

(англ. *conceptus* — оплодтврёное яйцо, продукт зачатия)

Важность консультирования до наступления беременности

- Значение консультирования перед наступлением беременности очевидно
- Характер развития плода и его нарушения могут быть выявлены в период антенатального наблюдения
- Профилактические меры, предпринятые до зачатия, способны помочь избежать отклонений от нормального развития плода
- На частоту возникновения некоторых серьезных осложнений трудно повлиять в период беременности, но можно предупредить до беременности

Антенатальная помощь должна начинаться до наступления беременности

Murray W. Enkin et al, 2000



RCOG statement in response to Lancet series on pre-conception health

News 17 April 2018

The diet and health of both parents can have profound implications for the growth, development, and long-term health of their children before their conception, according to a [series of papers](#) published in The Lancet.

Заявление RCOG

- ❑ В Великобритании распространенность ожирения составляет более 25% как среди женщин, так и среди мужчин, и примерно **каждая четвертая беременная женщина имеет избыточный вес или страдает ожирением**.
 - ❑ Диета, вес и обмен веществ в организме до зачатия влияют на вероятность естественного зачатия, хорошей беременности и родов, а также на здоровье детей в их дальнейшей жизни.
- «RCOG признает, что диета и образ жизни в период до зачатия имеют решающее значение для хорошей беременности и родов... и могут уменьшить риск осложнений во время беременности».**

- RCOG statement in response to Lancet series on pre-conception health
- News 17 April 2018



Международные рекомендации



Алгоритм прегравидарной подготовки Приказ МЗ РК от 3 июля 2012 года № 452

«О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам fertильного возраста»

1. Подробный анамнез.
2. Осмотр терапевта (ВОП), акушера-гинеколога.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи.
4. ЭКГ.
5. УЗИ органов малого таза, почек.
6. Обследование на ИППП по показаниям.
7. Обследование на RW, ВИЧ после информированного согласия.
8. Медико-генетическое консультирование при наличии показаний.
9. Другие дополнительные обследования и консультации узких специалистов по показаниям.
10. Лечение выявленных и имеющихся экстрагенитальных и гинекологических заболеваний для достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии за 3 месяца до наступления беременности.
11. За 3 месяца до планируемой беременности назначение обоим супругам и женщине в течение первых 3-х месяцев беременности:
 - фолиевой кислоты по 0,1мг x 3 раза/день;
 - диеты богатой полноценными белками, минералами и витаминами.

Рекомендовать обоим супругам соблюдение режима дня и питания, полноценный отдых и сон, прогулки на свежем воздухе, занятия физическими упражнениями, исключение вредных привычек, профессиональных вредностей.

Основные этапы работы с семейной парой по подготовке к будущей беременности



- Сбор анамнеза
- Консультирование
- Обследование
- Профилактика
- Лечение (при необходимости)

На что обращать внимание при выяснении анамнеза

- ❖ Соматический анамнез у обоих партнеров
- ❖ Семейный анамнез (генетические и наследственные факторы) обоих партнеров
- ❖ Социальный статус пары, образ жизни
- ❖ Наличие профессиональных вредностей
- ❖ Наличие вредных привычек у обоих партнеров
- ❖ Акушерско-гинекологический анамнез

Murray W. Enkin et al, 2000

Цель консультирования при подготовке к беременности

- Помощь в формировании чувства желанной и здоровой беременности
- Предоставление информации об изменениях, которые принесет материнство и отцовство
- Информирование об изменениях в организме женщины, которые происходят во время беременности
- Помощь женщине/паре в формировании большей уверенности в себе, устойчивости к возможным стрессовым ситуациям
- Убеждение будущих родителей в необходимости вести здоровый образ жизни
-

Murray W. Enkin et al, 2000

Темы консультирования

- Здоровый образ жизни: отрицательное влияние вредных привычек на течение беременности и развитие плода
- Рациональное питание
- Физиологические изменения во время беременности
- Сексуальные отношения во время беременности и безопасное половое поведение
- Необходимость обследования

Murray W. Enkin et al, 2000

Цель обследования

Выявление факторов и патологических состояний, которые могут повлиять на течение и исход беременности, здоровье матери, а также внутриутробное развитие плода и состояние здоровья будущего ребенка

Медицинское обследование до беременности помогает предотвратить многие из рисков, связанные с беременностью, и увеличить шансы рождения здорового ребенка

Murray W. Enkin et al, 2000

Рекомендуемые обследования₍₁₎

Rh – принадлежность партнеров

На наличие инфекций:

- ВИЧ
- Сифилис
- Токсоплазмоз
- Гепатиты В и С
- Краснуха
- Туберкулез

Murray W. Enkin et al, 2000

Рекомендуемые обследования₍₂₎

При выявлении экстрагенитальной патологии – направление к профильным специалистам

При наличии факторов риска генетической патологии – направление на генетическое консультирование и обследование родительской пары

Murray W. Enkin et al, 2000

Генетическое обследование

показаниями для обследования пары служат:

- аномальный кариотип плодного яйца,
- два самопроизвольных абортов в ранние сроки беременности и более;
- хромосомные аномалии и наследственные заболевания одного или обоих партнёров;
- наличие в семье ребёнка с хромосомными заболеваниями или ВПР;
- неразвивающаяся беременность с установленными хромосомными дефектами эмбриона/плода.

Факторы риска врожденных пороков развития плода

- Непланируемая беременность
- Старший материнский возраст
- Вирусные инфекции, в т.ч. краснуха, корь, ветрянка..
- Прием лекарств с тератогенным действием, самолечение
- Прием алкоголя, курение, наркомания
- Недостаточное питание
- Профессиональные вредности

Решение о проведении скрининга

Право принять решение пройти пренатальный скрининг и
связанные с ним последующие вмешательства принадлежат
только самим родителям

Это решение может быть принято только после их ознакомления с
потенциальной опасностью сложившейся ситуации,
неблагоприятными последствиями и возможными
благоприятными исходами пренатальной диагностики

Murray W. Enkin et al, 2000

Профилактика

- Было обнаружено, что эффективными являются следующие меры:
 - Назначение фолиевой кислоты для профилактики дефектов нервной трубы плода
 - Обеспечение вакцинации женщины против краснухи
 - Прекращение табакокурения
 - Прекращение употребления алкоголя
 - Пропаганда физических упражнений
 - Снижение употребления лекарственных средств до минимума и/или злоупотребления ими
 - Борьба с наркоманией

Murray W. Enkin et al, 2000

Назначение фолиевой кислоты

- С целью профилактики развития дефектов нервной трубы плода, а также дефектов конечностей и туловища, наиболее важным является совет по использованию фолиевой кислоты:
 - 0,4 мг в сутки
 - за два месяца до зачатия
 - и в течение первых трех месяцев беременности
- Эффективность профилактики не достигает 100%, однако количество этих пороков значительно уменьшается

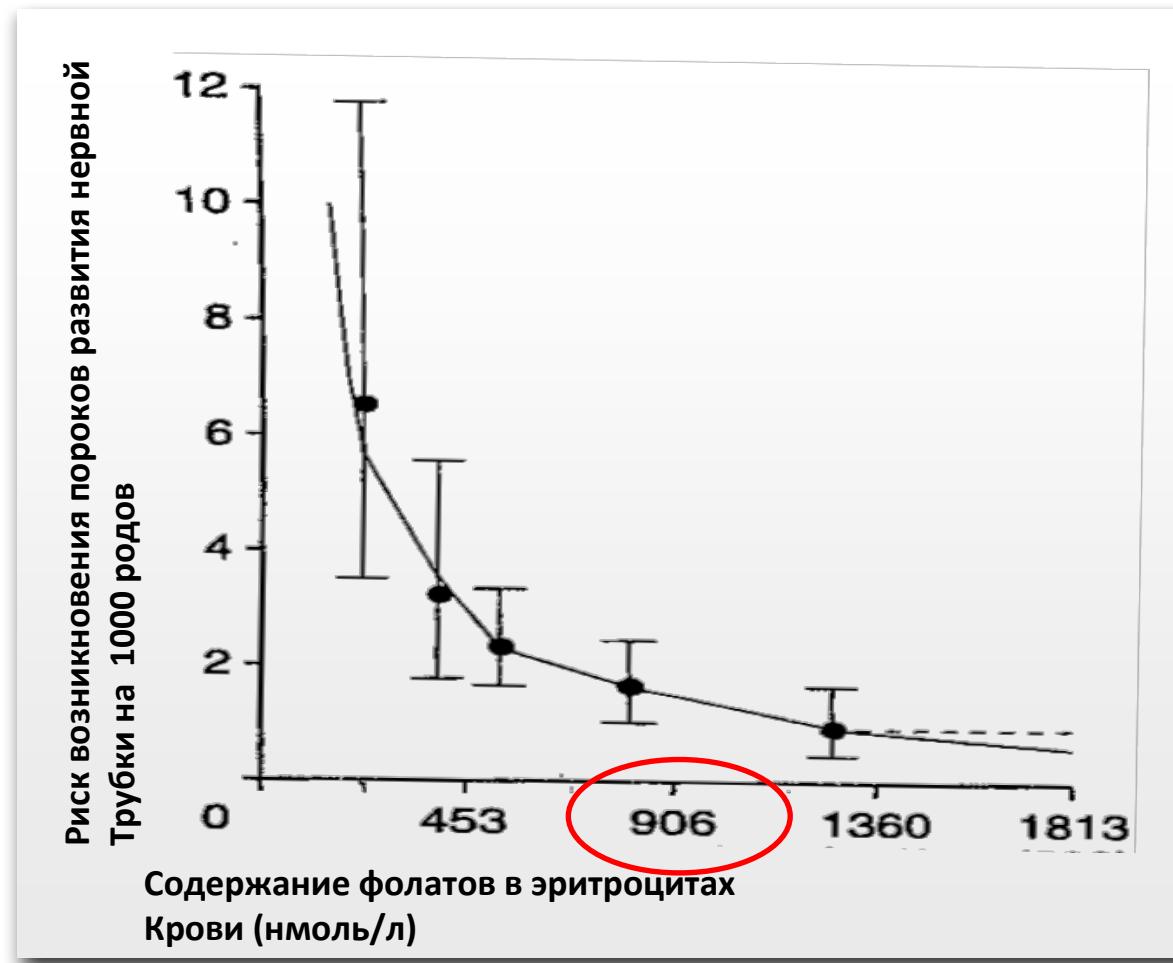
Murray W. Enkin et al, 2000

WHO, 2005

Возможные результаты действия различных факторов на развивающийся зародыш



Уровень фолатов в эритроцитах крови



- Чем ниже уровень фолатов в эритроцитах крови, тем выше риск рождения ребенка с пороком развития нервной трубы (ПРНТ)
- Достаточный с точки зрения профилактики ПРНТ уровень фолатов составляет > 906 нмоль/л
- Среднее время достижения уровня фолатов в 906 нмоль/л (эритроциты) составило 4.2 ± 3.5 нед

Дэли Л.Е. и др. . JAMA 1995; 274: 1698-1702

Лечение выявленных заболеваний

- При выявлении состояний, которые могут повлиять на течение беременности, развитие плода, привести к негативным материнским и перинатальным исходам – требуется лечение до наступления беременности (при необходимости с привлечением профильных специалистов) или решение вопроса о целесообразности беременности

Murray W. Enkin et al, 2000



Ожирение

Индекс массы тела (ИМТ) (критерии ВОЗ)

- от 18 до 24,9 кг/м² - норма.
- от 25 до 29,9 кг/м² - избыток массы тела,
- от 30 кг/м²— ожирение.

Мероприятия, направленные на снижение массы тела:

- диетотерапия;
- оптимизация режима физических нагрузок;
- коррекция эндокринных нарушений;



Рекомендации FIGO пациенткам с ожирением(2015)

- фолаты – 4000–5000 мкг/сут на протяжении 1 мес до зачатия.
- витамин D в дозе не менее 600–800 МЕ/сут.
- благоприятный для течения гестации показатель витамина D – более 75 нмоль/л (выше 30 нг/мл).



Болезни щитовидной железы

- Гипофункция щитовидной железы повышает риск самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, нейрологических расстройств у новорождённого.
- L-тиroxин относят к категории А по классификации FDA, его приём можно продолжать в гестационный период. ТТГ — должен быть менее 2,5 мЕд/л. Нормальные концентрации ТТГ в плазме крови до зачатия минимизируют риск повышения ТТГ в I триместре.
- Антитиреоидные АТ могут блокировать овуляцию и приводить к бесплодию. По этим причинам женщинам с аутоиммунным тиреоидитом уже при уровне ТТГ, превышающем 2 мЕд/л, необходима заместительная терапия L-тиroxином.
- У женщин с гиперфункцией щитовидной железы при концентрации ТТГ менее 0,1 мЕд/л в сочетании с высоким показателем свободного тироксина (T₄) повышен риск самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, преэклампсии, ЗРП, увеличиваются показатели перинатальной смертности и заболеваемости.
- Своевременная преконцепционная коррекция заболевания тиреостатиками или хирургическим методом (частичная резекция) улучшает течение и исход беременности



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

При наличии сахарного диабета женщина должна подойти к зачатию в состоянии компенсации.

Планирование беременности возможно только после достижения целевых уровней глюкозы:

- натощак — до 6,1 ммоль/л,
- через 2 ч после еды — до 7,8 ммоль/л.
- концентрация гликированного (HbA1c) - 6% и менее.
- при уровне глюкозы натощак менее 5,1 ммоль/л и направить пациентку к эндокринологу для детального обследования женщины



Заболевания ССС и артериальная гипертензия

1. консультация кардиолога, кардиохирурга.
2. коррекция артериальной гипертензии
3. оценка функционального состояния органов-мишеней
4. определения степени повышения АД и стадии гипертонической болезни.



Тактика ведения артериальной гипертонии в период прегравидарной подготовки

Немедикаментозное снижение АД - всем пациенткам с АГ независимо от тяжести заболевания и лекарственной терапии:

- прекращение курения;
- нормальная сбалансированная диета без ограничения потребления поваренной соли и жидкости;
- умеренная аэробная физическая нагрузка, достаточный 8–10 часовой ночной сон, желателен 1–2-часовой дневной сон.

Разрешенные три группы антигипертензивных средств:

препараты центрального действия (метилдопа);
антагонисты кальция дигидропиридинового ряда (нифедипин длительного действия);
кардиоселективные β-адреноблокаторы (метопролола сукцинат, бисопролол).



Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи 2017г.

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.2.1. Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе **30—60 мг** в пересчете на железо и фолиевой кислоты в дозе **400 мкг** (0,4 мг)

В условиях, где анемия у беременных является серьезной проблемой (т. е. где, по крайней мере, у **40%** беременных уровень гемоглобина $Hb < 110 \text{ г/л}$), ежедневный прием препаратов железа в дозе **60 мг** в пересчете на железо предпочтительнее приема в более низкой дозе

Если у беременной диагностирована анемия, ежедневная доза препаратов железа должна быть увеличена до **120 мг** в пересчете на железо, пока уровень Hb не станет нормальным ($Hb 110 \text{ г/л}$ или выше)

Затем может быть возобновлен прием препаратов железа в стандартной для беременных дозе для профилактики рецидива анемии.



Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи 2017г.

ПП продолжают с использованием профилактических дозировок (**60 мг** железа в сутки), в том числе в составе витаминно-минеральных комплексов. При анемии тяжёлой степени, либо медленном приросте гемоглобина на фоне пероральной терапии (менее 7–8 г/л за неделю) показаны препараты железа внутривенно.

60 мг железа - 300 мг сульфата железа
180 мг фумарата железа
500 мг глюконата железа.

Дополнительные советы женщинам, планирующим беременность

- Избегать горячих ванн, саун и джакузи
- Избегать опасных химикатов на работе и дома
- Избегать употребления сырого или недостаточно приготовленного мяса
- Избегать контакта с фекалиями котов
- Попытаться избегать стрессовых ситуаций
- Заняться физкультурой и спортом
- Женщинам с тяжелой степенью ожирения – необходимо похудеть до беременности

Murray W. Enkin et al, 2000

Marie-Louise Newell James McIntyre, 2000

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

ВОПРОСЫ?